

# Donant a conèixer El Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya

---

Socialització del Model amb  
els i les agents clau



L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site «quatre estrelles» de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Donant a conèixer El Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya. Socialització del Model amb els i les agents clau. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2020.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

Aquest projecte s'ha finançat amb els fons econòmics de l'any 2020 del Pacto de Estado en matèria de violencia de género, aprovat pel Congrés dels Diputats, el 28 de setembre de 2017 i garanteix el desenvolupament d'alguna de les mesures que aquest preveu.

© 2020, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Primera edició: Barcelona, desembre de 2020



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

#### **Equip de violència masclista de l'AQUAS**

Alba Pérez Domínguez

Carmen Garrido Medina

Elisenda Lupresti Medina

Vanessa Alcaide Lozano

#### **Direcció**

Cari Almazán Sáez

#### **Correcció Lingüística**

Equip de Comunicació AQuAS

#### **Disseny**

Ximena Chaperó [www.ximenachapero.com](http://www.ximenachapero.com)

#### **Coordinació Comunicació**

Equip de Comunicació AQuAS

# Donant a conèixer El Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya

---

Socialització del Model amb  
els i les agents clau

**Àrea de Participació**

*Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2020*

# Índex de continguts

<b>01</b>	Introducció	7
<b>02</b>	Les bases del Model	9
	2.1 Objectius i línies estratègiques	9
<b>03</b>	Metodologia de les sessions	11
<b>04</b>	Resultats de la fase de socialització	15
	4.1. Resultats de les sessions de les regions sanitàries	15
	4.2. Resultats de la sessió amb experts i expertes en salut i/o violències masclistes	20
	4.3. Resultats de la sessió amb les gerències de les regions sanitàries	23
<b>05</b>	Resum de les principals aportacions	28
<b>06</b>	Col·laboradores i col·laboradors	29
<b>07</b>	Annex I	
	Principals resultats de l'enquesta de satisfacció	31

# Índex de figures

---

**Figura 1.**

Dates i participants a les sessions de socialització	12
--	----

---

**Figura 2.**

Nombre de sessions, mostra i perfil dels i les participants participants	13
--	----

---

**Figura 3.**

Quadre resum de les principals aportacions	28
--	----

---



# Introducció

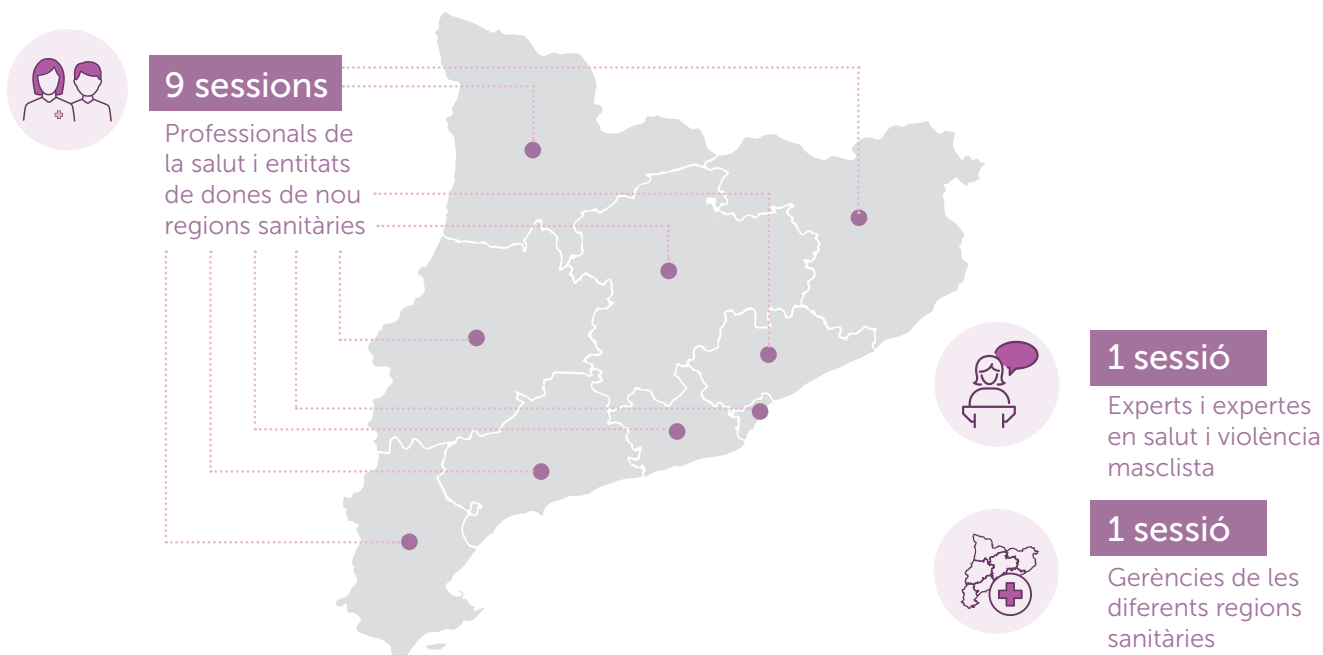
En aquest informe s'exposen els principals resultats de les sessions realitzades a la fase de socialització de la proposta inicial del *Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya* (d'ara endavant *Model*) elaborat pel Departament de Salut. També es presenta la part organitzativa i metodològica d'aquestes sessions, així com la valoració dels i les participants sobre les sessions realitzades.

Les sessions de socialització tenen la voluntat de donar a conèixer aquesta primera proposta de *Model d'atenció a la salut de les dones que viuen*

*han viscut situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya*<sup>1</sup>, amb la finalitat de recollir les aportacions dels diferents agents clau dels territoris que aborden la problemàtica de les violències masclistes en el seu dia a dia.

Aquesta fase es compon d'onze sessions de treball en les quals han participat professionals de la salut, entitats de dones amb expertesa en violències masclistes i expertes i expertes en salut i/o violències masclistes. Els diferents agents ja van col·laborar en l'*Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* (PAVIM)<sup>2</sup>, durant l'any 2019.

## Onze sessions de socialització:



1 [https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_actuacio/linies\\_dactuacio/serveis\\_sanitaris/model-atencio-salut-dones-violencia-masclista/](https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/serveis_sanitaris/model-atencio-salut-dones-violencia-masclista/)

2 <https://aguas.gencat.cat/ca/ambits/atencio-centrada-persones/violencia-masclista/avaluacio-protocol-abordatge-violencia-masclista-salut/>

En termes generals, la socialització fa referència al procés mitjançant el qual s'adquireixen uns nous coneixements i s'interioritzen, pel que fa al seu ús, percepció i concepció fins a la seva naturalització i normalització. Aquest procés implica la integració del coneixement, a partir del qual es construeix la resta de la nostra experiència i hàbits. És en aquest sentit que aquesta fase de socialització pretén posar en coneixement dels i les diferents participants les principals línies estratègiques que constitueixen el nou Model per a l'atenció a la salut de les dones i de les seves filles i fills. Es busca construir conjuntament, al llarg d'aquest procés, un Model més enfortit, compartit i que permeti integrar tots els agents implicats.

Les sessions s'estructuren en tres apartats, definits a partir dels objectius de les trobades:

- ➔ Retornar els principals resultats de *l'Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* (PAVIM) a les i els participants de cada regió sanitària o per al territori català.
- ➔ Presentar de forma clara i entenedora els elements essencials que constitueixen la proposta inicial del *Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya*.
- ➔ Recollir les aportacions i reflexions de les participants sobre el Model presentat a partir de la seva experiència i el seu coneixement en l'atenció a les dones en situacions de violència masclista.



## Les bases del Model

---

El *Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i dels seus fills i filles, a Catalunya* és resultat d'una llarga experiència de treball en l'àmbit de la salut i la violència masclista que incorpora una mirada integral, consensuada, coordinada i validada pels diferents departaments de la Generalitat que aborden les violències masclistes des dels àmbits corresponents. Tant l'avaluació del Protocol (PAVIM) com la resta d'informes elaborats per avaluar la implementació del Model i per fer-lo avaluable han contribuït al que és ara la proposta inicial del Model i sobre la qual s'han construït les sessions de socialització tractades en aquest informe.

Aquest Model es planteja com una política pública, un punt de trobada que dona l'oportunitat d'alinear les diferents intervencions que ja s'estan portant a terme en els territoris en matèria de violència masclista. El Model convida també a detectar noves accions o activitats que puguin millorar l'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i de les seves filles i fills. L'elaboració d'aquest Model es realitza de forma compartida i validant la informació amb els diferents agents clau. Unavegada implementat, continuarà enriqueixent-se de la realitat i de les experiències territorials mitjançant diferents processos i projectes actius. Així mateix, el Model és avaluable i s'anirà retroalimentant i actualitzant al llarg del monitoratge de la seva implementació.

El Model persegueix la idea que la violència masclista vulnera els drets fonamentals de les

dones i té un fort impacte en la seva salut física i psicològica, així com en la de les seves filles i fills, amb conseqüències en el seu àmbit social. Des d'aquest punt de partida, el Model vol contribuir a reduir les violències masclistes, detectar-les i a millorar l'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i de les seves filles i fills. El Model també incorpora una mirada de salut comunitària, assegura una atenció respectuosa, que acompanyi i respecti les decisions i els temps de les dones, i que no discrimini per cap eix de desigualtat. És per tot això que el Model aposta per enfortir i materialitzar-ne la perspectiva biopsicosocial, amb una mirada interseccional, tenint en compte els diferents eixos de desigualtat i incorporant-hi la perspectiva de gènere.

### 2.1 Objectius i línies estratègiques

El Model parteix dels **objectius generals** següents:

- ➔ Millorar l'abordatge biopsicosocial de la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes, així com de les seves filles i fills.
- ➔ Millorar la salut (benestar físic i psicològic) de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes, així com de les seves filles i fills.

Aquests objectius generals del Model deriven de l'experiència proporcionada per l'avaluació del Protocol (PAVIM), de l'estudi d'avaluabilitat i de les mirades de les dones. La consecució d'aquests objectius passa per l'execució dels **objectius específics o intermedis** següents:

- ➡ Crear i assentar una cultura compartida d'abordatge de la violència masclista que garanteixi l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista.
- ➡ Definir la xarxa de recursos per fer efectiva la transferència del Model a la pràctica d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista.
- ➡ Garantir les condicions materials per afavorir la vinculació de les dones en situació de violència masclista al sistema de salut.
- ➡ Proveir els recursos humans necessaris per a un abordatge de la violència masclista des de la pràctica de la cura professional

Aquests quatre objectius específics permeten dibuixar i començar a donar forma a les línies estratègiques principals en què vol incidir el Model. La millora en la detecció dels casos, la formació "transformadora", la recerca basada en l'evidència empírica i les dades, i la difusió sobre els recursos destinats a violència masclista des dels serveis sanitaris representen les grans vessants a desenvolupar i cap a on evoluciona el Model.

## Metodologia de les sessions

La fase de socialització ha consistit en la realització d'onze sessions portades a terme en línia mitjançant l'eina Zoom, que també n'ha permès la gravació (prèvia conformitat dels i les participants) per facilitar l'anàlisi posterior.

Aquestes sessions, en general, han tingut una durada aproximada d'1 hora.

Els perfils participants en aquestes sessions i els motius pels quals han estat seleccionats són els següents:



### **Professionals de la salut i entitats de dones i/o expertes en violències masclistes**

que ja van participar a l'avaluació del protocol (PAVIM). Els i les professionals de la salut es consideren clau pel seu caràcter assistencial i coneixement profund basat en l'experiència envers l'atenció de les violències masclistes. Les entitats de dones o entitats expertes en violències masclistes també representen un paper rellevant pel que fa a la seva contribució al Model, ja que faciliten l'acompanyament a les dones en la fase de recuperació, per compartir els efectes i complementar la feina realitzada en violència masclista.



**Experts i expertes en salut i/o violències masclistes**, participants a l'avaluació del protocol (sense representació territorial). Proporcionen un abordatge del Model basat en el coneixement teòric i acadèmic (pel que fa, per exemple, a les perspectives teòriques que enriqueixen el Model: la interseccionalitat, la perspectiva de gènere i la perspectiva biopsicosocial).



**Gerències de les Regions Sanitàries:** aquest perfil no va participar a l'avaluació del protocol, però es considera fonamental per l'impacte que té en els equips de treball i per la capacitat de fer extensiva la informació compartida a la resta de professionals de la salut. Representen la figura dels agents clau que donen suport als equips de treball i contribueixen a la promoció i a la implementació del Model. En aquesta sessió també hi ha hagut representació territorial segons les regions sanitàries.

Les sessions de socialització s'han celebrat entre els mesos de juliol i octubre de 2020. Durant aquests mesos, es van dur a terme entre una i dues sessions setmanals, sempre en dies alterns per garantir la redacció de l'acta i per poder avaluar els resultats de les sessions.

A la *Figura 1* es mostren les dates de realització de cadascuna de les onze sessions i els perfils seleccionats per a la realització de cada sessió, així com la composició pel que fa al nombre de participants.

**Figura 1. Dates i participants a les sessions de socialització**

	sessió	participants	perfil
<b>JULIOL</b>			
D L M M J V S	RS-Terres de l'Ebre	6 · 6 dones	1 entitat / 5 prof. salut
1 2 3 4	RS- Catalunya Central	9 · 8 dones / 1 home	1 entitat (2 participants) / 7 prof. salut
5 6 7 8 9 10 11	RS- Camp Tarragona	7 · 7 dones	2 entitats / 5 prof. salut
12 13 14 15 16 17 18	RS- Girona	7 · 5 dones / 2 homes	2 entitats / 5 prof. salut
19 20 21 22 23 24 25	RS- Alt Pirineu Ciutat	8 · 8 dones	2 entitats / 6 prof. salut
26 27 28 29 30 31			
<b>SETEMBRE</b>			
D L M M J V S	RS- Barcelona Ciutat	13 · 13 dones	5 entitats / 8 prof. salut
1 2 3 4 5	RS- Lleida	10 · 10 dones	4 entitats / 6 prof. salut
6 7 8 9 10 11 12	RS- Barcelona Metropolitana Nord	7 · 6 dones / 1 home	1 entitat / 6 prof. salut
13 14 15 16 17 18 19	RS- Barcelona Metropolitana Sur	8 · 6 dones / 2 homes	3 entitats / 5 prof. salut
20 21 22 23 24 25 26			
27 28 29 30			
<b>OCTUBRE</b>			
D L M M J V S	Experts i expertes en salut i/o violències masclistes	7 · 6 dones / 1 home	3 entitats / 5 prof. salut
1 2 3	RS- Referents tècnics de les RS	6 · 5 dones / 1 home	
4 5 6 7 8 9 10			
11 12 13 14 15 16 17			
18 19 20 21 22 23 24			
25 26 27 28 29 30 31			

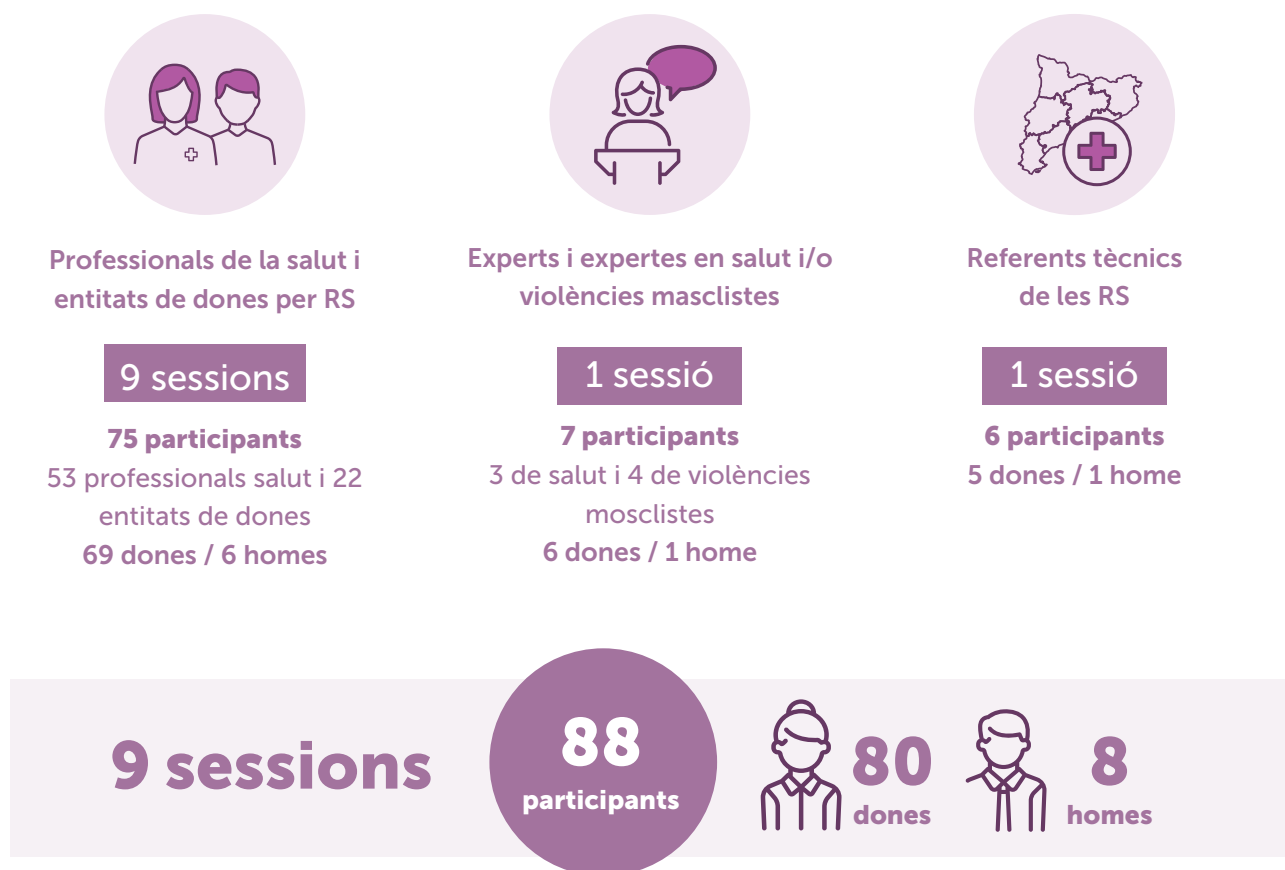
Font: Elaboració pròpia

Al llarg d'aquest procés que constitueix la fase de socialització, s'ha aconseguit una mostra total de participants de **88 persones**, entre les quals hi ha 53 professionals de la salut, 22 entitats de dones i/o expertes en violències masclistes, 7 experts i expertes en salut i/o violències masclistes i 6 referents tècnics

de les regions sanitàries. Cal assenyalar que dels i les 88 participants, 80 són dones.

A la *Figura 2* es presenta la informació sobre la grandària de la mostra i els perfils, segons el nombre de sessions realitzades.

**Figura 2.** Nombre de sessions, mostra i perfil dels i les participants



Font: Elaboració pròpia.

Pel que fa a la dinàmica de grup realitzada a cada sessió, s'ha treballat a partir d'una pregunta plantejada als i les participants per tal de motivar el treball en grup així com les aportacions i reflexions orientades al Model.

En les nou sessions de socialització realitzades amb professionals de la salut i amb les entitats de dones i/o expertes en violències masclistes, així com en la sessió amb els i les expertes en salut i/o violències masclistes, es va utilitzar la mateixa pregunta per tal de poder obtenir resultats comparatius a nivell qualitatiu.

La pregunta utilitzada va ser la següent:

En el **nou Model** es veuen reflectides les qüestions bàsiques en l'atenció de la salut de les dones, i la dels seus fills i filles, en situacions de violències masclistes?

- ✓ Quins elements trobaríeu a faltar en el nou model?
- ✓ Eliminaríeu algun element?
- ✓ Quins aspectes positius assenyalaríeu? I de negatius?

Pel que fa a la dinàmica grupal realitzada amb les gerències de les regions sanitàries, la pregunta per començar i convidar a la reflexió i a fer aportacions sobre el Model va ser modificada lleugerament. Es va conservar l'estructura bàsica per tal de poder obtenir resultats comparatius a nivell qualitatiu, però es va adequar a la situació dels i les participants, ja que cap convidat d'aquesta sessió havia participat prèviament en l'avaluació del PAVIM.

La pregunta plantejada per a aquesta sessió va ser la següent:



En el **nou Model** es veuen reflectides les vostres aportacions i opinions expressades durant l'avaluació del Protocol realitzades al 2019?

- ✓ Considereu que s'han copsat les reflexions bàsiques?
- ✓ Quins elements trobeu a faltar en el nou Model? N'eliminaríeu algun?
- ✓ Quins aspectes positius n'assenyalaríeu? I negatius?

Com a estratègia de millora en la realització d'aquest tipus de sessions i per tal de recollir el *feedback* dels i les participants, es van portar a terme dues accions després de la realització de cadascuna de les onze sessions.

- ➔ Enviar a tots i totes les participants una breu **enquesta de satisfacció** per conèixer la seva opinió envers l'organització, la informació aportada i la dinàmica grupal de la sessió corresponent.
- ➔ Fer arribar a tots i totes les participants **l'informe de resultats**<sup>3</sup>, és a dir, dels temes i aportacions principals tractats a la sessió, per tal de construir conjuntament el missatge més fidel a la realitat dels experts, professionals i participants en general.

Pel que fa al segon punt, es va compartir l'informe de resultats de la sessió corresponent amb els participants que van assistir-hi, i els comentaris i aportacions facilitats es troben incorporats en aquest informe final. En termes metodològics, aquest procés ha permès construir conjuntament la informació més rellevant a tenir en compte en la incorporació i definició del Model, mitjançant la seva validació entre els diferents agents.

Pel que fa al primer punt, a continuació es presenta l'ús i rellevància de l'enquesta de satisfacció, amb relació a la realització de les sessions de socialització i els principals resultats.

<sup>3</sup> Per a cadascuna de les onze sessions es va elaborar un informe específic sobre les aportacions i reflexions que van ser debatudes i treballades a cada sessió.

## Resultats de la fase de socialització

En aquest apartat es presenten els resultats de les sessions realitzades en la fase de socialització. Aquests resultats s'estructuren respectant els diferents perfils dels participants. D'una banda, es presenten les aportacions principals dels professionals sanitaris i de les entitats de dones amb les quals s'han portat a terme les nou sessions, una a cada regió sanitària i, per tant, amb representació territorial (apartat V.I). D'altra banda, es presenten els resultats de les principals aportacions recollides a la sessió d'experts i expertes en salut i/o violències masclistes, a la qual no es va prioritzar la representació territorial (apartat V.II) i, finalment, es presenten les aportacions obtingudes a la sessió amb les gerències de cada regió sanitària on sí que es disposa de representació territorial (apartat V.III).

Per finalitzar, l'apartat de resultats presenta un **quadre resum amb les temàtiques i aportacions principals realitzades** pels i per les diferents participants a les onze sessions realitzades (apartat III.IV). L'objectiu d'aquest quadre resum és sintetitzar i donar visibilitat als temes més rellevants obtinguts a través de cada perfil de participant i tenir una mirada comparativa dels diferents continguts.

### 4.1. Resultats de les sessions de les regions sanitàries

Pel que fa a les principals aportacions i reflexions que han sorgit de les nou sessions de socialització realitzades a les diferents regions sanitàries de Catalunya, cal destacar, inicialment, els eixos temàtics que han aparegut de manera més

recurrent. Les temàtiques o aportacions que han aparegut en les diferents regions sanitàries s'han desenvolupat de forma diferent i complementària en cadascuna d'elles, donant lloc a un tractament més complet i ric de la temàtica en qüestió.

En aquesta línia, es poden identificar principalment **5 eixos temàtics sorgits com a reflexions** en les diferents sessions, a partir de la presentació de les línies estratègiques del nou Model.

El **primer eix temàtic** té a veure amb **potenciar el treball en xarxa, la coordinació i la implicació entre els diferents serveis sanitaris, agents del territori i àmbits o departaments**. Són diverses les sessions en què s'ha tractat aquest tema; en general, l'aportació gira entorn al fet que el Model ha de poder incloure tots els agents, donar directrius o concretar com s'articulen i com han de treballar, o quin és el paper de cadascú, entre d'altres qüestions. Per una banda, la **coordinació entre els diferents serveis sanitaris** pel que fa a l'atenció de les dones que han patit o pateixen situacions de violències masclistes preocupa especialment, ja que existeixen certes qüestions com els horaris, l'accés a la informació, compartir la informació, etc. que dificulten seriosament poder atendre els casos en els moments i horaris en què es produeixen aquests fets. És el cas de la coordinació entre l'atenció primària i el servei d'urgències, per exemple. Hi ha casos que es detecten a urgències que no acaben arribant o arriben tard per al seu abordatge des d'atenció primària.

Per una altra banda, la vinculació i coordinació que es demana incorporar al Model i que té a

veure amb els serveis de salut són els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Respecte a aquesta qüestió, es posa de manifest la importància d'abordar els casos de violència masclista també des de la **vessant psicològica** i reconèixer l'impacte que poden ocasionar en aquest sentit, però el que preocupa especialment és el cas dels fills i filles que també pateixen aquest tipus de violència. El Model ha de poder **ser més concret pel que fa a quines són les accions destinades als infants i joves** i com fer el seu abordatge, entre d'altres, també des del punt de vista psicològic i com a subjectes de tractament reconegut.



#### Millorar la comunicació i coordinació entre els serveis de salut (salut mental i infància)

*"L'entorn de salut mental ha assumit que tenen un nivell de molt poca implicació en tot lo que és violència masclista, ni en la detecció ni després, posteriorment en el seguiment, i tenim, i jo formo part d'un grup que estem treballant justament una proposta concreta per avançar en l'abordatge de la violència masclista en els centres de salut mental i addiccions. Ho dic perquè això, en aquest document marc ho hauríeu, crec jo, incorporar. [...] En els centres de salut mental hi ha d'haver algú referent, en aquest moment no hi és, [...] i han de poder treballar tot lo que és trastorn d'estrès post-traumàtic, que en aquest moment en l'àmbit de la salut mental no s'està fent." (RS-Barcelona Ciutat)*

*"En el tema de fills i filles, com a pediatra que sóc de dones víctimes o en situació de violència, volem saber si només és un títol que inclou els fills o es farà també una consideració de desenvolupar tota aquesta part, una mica més concreta no? De donar eines cap als pediatres de considerar aquests fills i filles com a pacients de tractament i seguiment, vull dir que no només entri com en el títol de grup de dones i fills i filles, sinó que es consideri, que es desenvolupi aquesta tasca de seguiment d'ells i que es reconeguin com a subjectes de tractament". (RS-Barcelona Metropolitana Nord)*



En aquesta línia, també es demana millorar la coordinació entre **altres agents del territori** més enllà de l'àmbit sanitari, com són el cos de Mossos d'Esquadra, les entitats de dones i, en general, l'àmbit comunitari. Es posa de manifest la importància de la implicació del cos de Mossos d'Esquadra en l'atenció als casos i també en facilitar la informació necessària sobre recursos i opcions disponibles, i es considera que aquesta implicació s'ha d'enfortir més al Model. Pel que fa a les entitats de dones del territori, es valora molt positivament que s'incorporin al Model, però **cal definir quins mitjans tenen les entitats de dones del territori per poder compartir la informació amb l'àmbit sanitari i com es pot concretar el treball en xarxa que s'ha de dur a terme**.



#### Especificació del treball conjunt amb les entitats del territori

*"Quin és el paper de les entitats que es troben en els diferents territoris? Com es pot treballar de manera conjunta, posar en valor la feina que es fa i continua fent per part de les entitats especialitzades en violències?". (RS-Barcelona Ciutat)*

*"Ens interessa molt que aquest protocol desenvolupi bé una transversalitat interdepartamental eh? Que segur que les eines de registre ho tindran en compte i que podrem participar tant salut com les associacions d'aquests registres, però que és un punt bàsic per a tots compartir amb seguretat la informació". (RS-Barcelona Metropolitana Sud)*



Finalment, pel que fa a la millora de la coordinació, cal destacar aquella que té a veure amb els **diferents departaments o àmbits** que també treballen en violència masclista, com pot ser educació, serveis socials i, especialment, justícia.



En general s'ha reflexionat molt sobre la necessitat d'especificar quina tasca hauria de desenvolupar cada àmbit per poder treballar de forma coordinada, però el tema en el qual s'ha insistit més és en la **necessitat de potenciar la implicació des de justícia**. Els i les diferents participants de diferents regions sanitàries argumenten que l'àmbit judicial és cabdal per poder portar endavant els casos de violència masclista, i que s'ha de definir molt bé al model quin és el seu paper i quina ha de ser la seva implicació per tal de fomentar-la.



#### Implicació d'altres àmbits, especialment del judicial

*"Nosaltres a nivell de sanitaris podem fer molt, moltíssim evidentment, però després hem d'anar agafats de la mà amb el tema judicial perquè tu pots fer un acompanyament, pots fer tot el que tu vulguis que al final, en moltes ocasions això acaba en un jutjat. [...] Molt bé amb el Departament de Salut però, a nivell judicial, també anem junts en tot això? I ha més implicació?". (RS- Catalunya Central)*

*"... insistir en aquest tema... entenc que el document és del Departament de Salut però, estic segura que si no fem res per apretar i estirar les orelles a tota la part de justícia i de cossos de seguretat ens costarà avançar, per més bé que fem el registre, el diagnòstic i tot el que vulgueu... i jo penso que això és essencial". (RS- Girona)*

*"...Nosaltres, tal i com s'ha dit, som la porta d'entrada a la detecció de casos, i moltes vegades nosaltres un cop detectat derivem al SIAD, servei que no depèn de Salut sinó de Serveis Socials...és des d'aquí a on es fa un tractament i seguiment de casos. Des de Salut aquest seguiment es perd, no hi ha una continuïtat ". (RS-Camp de Tarragona)*



El **segon eix temàtic** que sorgeix de les sessions de socialització a les regions sanitàries té a veure amb la **formació**. La formació és un tema tractat a gairebé totes les sessions, però el plantejament que se'n fa varia segons cada territori i s'incideix en qüestions diferents. En general, se n'ha fet una valoració positiva pel que fa a potenciar i facilitar la formació dels professionals de la salut, però també s'ha incidit en d'altres qüestions com són els canals pels quals fer la formació, els continguts, els perfils a qui va dirigida, el reconeixement de la formació i la visió dels formadors que la imparteixen.

Pel que fa als canals des dels quals es podria fer la formació, els i les participants han posat de manifest la importància de l'ús de les noves tecnologies per fer arribar la formació a tot el territori. Fer **formació online i dintre de l'horari de la jornada laboral** ha estat valorat molt positivament per evitar dificultats derivades de la ubicació territorial, els desplaçaments, etc.



#### Formació online dintre de la jornada laboral

*"Aprofitant ara estem fent tanta descoberta, tirar de la formació online. [...] i quan es formi a la gent que estigui en actiu, que sigui dins de la jornada laboral, per no haver de fer extres a casa i tot això". (RS-Catalunya Central)*



Pel que fa als **continguts de la formació**, els i les participants han manifestat amb cert consens la necessitat d'impartir coneixements i també d'eines que capacitin i proporcionin habilitats a tots els professionals de la salut, en la línia d'una formació transformadora, i no només als referents, etc. Conceben la formació més com una via de capacitació que no pas una manera de fomentar la sensibilització. Altres continguts importants que s'han assenyalat tenen a veure amb la formació en protecció de dades, en aspectes jurídics, entre d'altres.



### Formació per a tot el personal sanitari, separada de la sensibilització

"Voldríem que... [...] en lloc d'augmentar el nombre de professionals sanitaris formats, preferiríem que es considerés el 100% del personal sanitari com a format, no sensibilitzat, sinó format i que no caigués el pes sobre els referents de vegades de centres concrets sinó que tots i totes tinguessin la formació necessària, les eines necessàries com és un problema sanitari i com es tracten d'altres patologies, no?". (RS-Barcelona Metropolitana Nord)

"La formació als professionals, fantàstic lo que dieu de la formació sobre qüestions legals, fa molt temps que ho estem dient això, fa molt temps. La formació legal és importantíssima per a que estiguin relaxats. Però ningú parla, esa formació transformacional que dieu vosaltres parla de les eines biopsicosocials i no parla dels professionals. Feu 72 mencions a la sensibilització dels professionals no a la sensibilització social, a l'educació i a la sensibilització escolar, no! A la sensibilització professional. Algun professional és sensible a la hipertensió? No. Algun professional és hipersensible a una persona que estigui...que no tingui recursos? No. Està clarament definit quina és la intervenció, com s'ha de fer, quins passos has de fer, quins recursos necessites. No tenim professionals sensibilitzats. Parlar de sensibilització és eliminar la possibilitat de dir bona i mala praxis [...]". (RS-Barcelona Ciutat)

"...jo entenc que hi ha un factor de sensibilitat personal, si em permeteu, però clar, ja que em de fer molta formació [...] aquesta ha de ser dirigida a tots els professionals de l'equip! Perquè clar, monten un curs de violència masclista, qui som? Tots els treballadors socials de primària de salut, tots allà a primera fila i després te trobes altres professionals però sempre són els mateixos. [...] això fa que molts companys professionals a nivell de detecció a primària, que és una porta

d'entrada important, la detecció és molt poca".  
(RS-Alt Pirineu i Aran)



Amb relació als **perfis a qui ha d'anar dirigida la formació i el seu reconeixement**, els i les participants al llarg de les diferents sessions han enfortit la necessitat de fer la formació a tot el personal sanitari. Les aportacions en aquesta línia proposen una formació obligatòria i reconeguda, aquest segon aspecte molt valorat per la seva incorporació al Model. Tot i així, però, són diverses les regions sanitàries que també posen de manifest la necessitat de **fer extensiva la formació a altres agents del territori**, com són les entitats de dones que també treballen en el seu dia a dia amb casos de violència masclista. Aquest tipus de formació es considera necessària per poder conèixer els recursos i canals disponibles i per poder informar les dones que pateixen o han patit situacions de violència masclista i les seves filles i fills.



### Formació per a les entitats de dones del territori

"Jo volia afegir que aquests professionals han de fer després formació a les dones en general i amb això a les associacions de dones, que puguem tenir un bon paper en demanar que ens facin sessions per formar-nos, perquè jo parlo des d'una població petita [...] ens falten eines per a detectar i per enviar a una persona que porti aquest tema. Ens falta informació, és a dir, a qui et dirigeixo? [...] hi ha molta gent que porti aquest tema però no hi ha un únic referent, llavors necessitem formació també nosaltres". (RS-Barcelona Metropolitana Nord)



Altres perfils rellevants a qui es proposa que vagi dirigida la **formació són els infants (eix salut-escola), els joves i les comunitats en general**, per tal de fomentar la formació com a eina per a la prevenció de les violències masclistes a nivell social.



### Treballar la prevenció amb la comunitat i amb els joves en l'eix salut-escola

*"Tot el que és el tema prevenció amb joves no? Tot el que seria salut i escola que... avui no heu dit explícitament però entenem que quan parlem de coordinació no? O parlem d'aquesta mirada global, ja segurament, possiblement ja ho esteu explicant, però considerem que sí és una part molt important de començar a treballar tot això ja amb la comunitat i amb els joves, que són el nostre futur". (RS-Barcelona Metropolitana Nord)*

*"Si no canvien una mica les coses des de l'inici, no? L'educació té que canviar perquè això [la violència masclista] sinó no canviarà mai, i tenim que començar amb la joventut, amb els nens, no? I ja no parlant només des de salut, sinó gent del carrer que parli, que puguin veure que [...] que la violència no soluciona les coses ni a l'àmbit familiar ni en d'altres àmbits. [...] ja es nota una mica la joventut d'avui en dia que ja tendeix una mica a que amb la violència poden aconseguir coses i jo crec que això ha de canviar una mica des de la base, si no és complicarà molt". (RS-Alt Pirineu i Aran)*



Per acabar amb el tema de formació, cal assenyalar les aportacions que s'han fet en la línia dels **formadors de formadors**. Els i les participants posen de manifest les dificultats amb què es troben els i les formadores en moltes ocasions per aconseguir l'impacte desitjat mitjançant la formació, de vegades per falta de sensibilització, **manca d'implicació dels i de les professionals en detectar i atendre els casos de violència masclista** (per pors, falta de coneixement, etc.) i la dificultat en territoris petits on el o la professional pot estar exercint de metge o metgessa de tota la unitat familiar, tant de la dona com de l'home.



### La percepció des dels formadors de formadors

*"Per molta formació que tu facis si les persones no estan sensibilitzades no ho fan. Jo me trobo amb aquest obstacle, Jo faig la formació així però hi ha gent que no es vol implicar. A la formació vindran [...] perquè és obligatòria, depèn de com, aleshores tenen que venir sí o sí. Aleshores venen però no serveis de res perquè després a l'hora de fer detecció tots ho saben fer, ho detecten però, me venen a mi a recurrir [...] si ho has detectat tu el cas, ho tens que fer tu, vale? Pues per ics motius això no ho volen fer". (RS-Alt Pirineu i Aran)*



El **tercer eix temàtic** sorgit en les diferents sessions de treball és la necessitat d'**incorporar la figura de l'agressor al Model**. Els i les participants de les diferents regions sanitàries consideren que és important involucrar i abordar també aquesta figura. En aquesta línia assenyalen que es podrà treballar millor la prevenció i que és necessari destinar-hi més recursos.



### Incloure la figura de l'agressor en el model

*"Nos decepciona que siendo desde Salud no se integre la figura del agresor. Creemos que Salud atiende a toda a la población, tanto a las víctimas como a sus hijos y a las personas dependientes de ellas, ya no hablo solo de sus hijos e hijas sino de las personas dependientes de ellas y que... el agresor en salud cuenta". (RS-Terres de l'Ebre)*

*"Podem sanar les persones que reben les violències però també hem d'incidir en aquelles situacions que provoquen que una persona pugui tenir una forma de comportar-se violenta cap als altres, i pensem que és difícil de detectar i molt més de tractar". (RS-Girona)*



La **quarta aportació** recull la **necessitat d'enfortir la mirada interseccional al Model** i de concretar-la per tal de ser capaç d'incloure altres col·lectius com LGTBI, trans, dones que són víctimes de la "trata", és a dir, del tràfic de dones amb finalitats d'explotació sexual, i joves i adolescents que no acudeixen tan freqüentment a l'atenció primària, entre d'altres.

La **cinquena aportació** se centra en **potenciar el treball des de la perspectiva biopsicosocial**. En general, des de les diferents regions sanitàries l'aplicació i ús de la perspectiva biopsicosocial ha estat una qüestió compartida i molt ben valorada, però també s'ha coincidit bastant en la importància de com **concretar i especificar-ne l'operativització** o aplicació pràctica. S'argumenten que existeix una manca de recursos i de personal per poder portar a terme de forma satisfactòria la implementació d'aquesta perspectiva en el seu dia a dia, concretament pel que fa al personal de caràcter més social (principalment pel que fa a la figura de la treballadora social) i psicològic destinat a la gestió dels casos de violències masclistes.



#### Treballar des de la perspectiva biopsicosocial

*"...l'aïllament social i la seguretat amb sí mateixa repercuteix en la salut de les dones...i el que minva és la qualitat de vida...i pels professionals totes aquestes variables que pot tenir són bastant difícils de diagnosticar. (RS-Camp de Tarragona)*

*"Si partim d'Atenció Primària, clar, està molt representada la part bio, la psico i la social, pues no, no? A llavors penso que és un punt a valorar a veure com se pot també treballar aquesta vessant". (RS-Terres de l'Ebre)*



Aquests són els 5 eixos temàtics que han proporcionant més reflexió, debat i aportacions per part dels diferents professionals de la salut i entitats de dones. Més enllà d'aquests temes n'han sorgit

d'altres que si bé no han tingut un fort consens en diferents regions sanitàries alhora, si que n'han tingut en el marc de la sessió realitzada a una regió sanitària determinada.

Aquestes aportacions poden resumir-se en tres: (1) la importància de les dades compartides amb les entitats de dones per poder enriquir-se de la seva experiència al territori i per millorar l'anàlisi; (2) la unificació dels codis diagnòstics i el registre únic com a via per facilitar la detecció i la codificació dels casos i; (3) la importància i necessitat de l'adequació dels espais per a l'atenció dels casos de violència masclista, pel que fa a l'adaptació i a la creació d'espais si fos necessari.

Aquests temes s'han manifestat com a qüestions que cal abordar de forma més intensa i concreta en el Model. Per tant, s'assenyalen, per part dels i les participants, com a possibles vies a desenvolupar i a incorporar per millorar algunes de les qüestions que ja preveu el Model als seus objectius o activitats, com és la **millora en la recerca i dades disponibles sobre violències masclistes, desenvolupar eines informàtiques de registre segur i dotar els centres principals com són els CAP o hospitals dels espais adequats per respectar la intimitat de les dones i millorar l'atenció dels casos de violència masclista**.

A l'apartat següent es presenten els resultats de la sessió de socialització que va tenir lloc amb els i les expertes en salut i/o violències masclistes.

## 4.2. Resultats de la sessió amb experts i expertes en salut i/o violències masclistes

En aquesta sessió s'ha prioritzat l'expertesa, disponibilitat i coneixements dels i les participants; per tant, no s'ha buscat la representació territorial pel que fa a les diferents regions sanitàries de Catalunya.

En aquesta sessió, els i les participants, per quantitat (7 persones), han estat distribuïts en dos grups de

treball per tal de portar a terme la dinàmica grupal. Les aportacions i reflexions que deriven d'aquesta sessió es presenten diferenciant, per tant, dos grups. Primer s'assenyalen les aportacions que han generat un consens entre els grups, després es presenten les aportacions que ha realitzat cada grup i, finalment, s'exposen els comentaris que alguns i algunes de les participants han volgut afegir a títol individual.

**Les principals aportacions** en les quals ambdós grups han mostrat un fort consens són tres:

- ➔ La primera aportació té a veure amb la **concepció pròpia del Model**. Els dos grups comparteixen que el Model es considera fonamental per poder millorar i avançar, però s'argumenta que el que es presenta va més en la línia d'una estratègia o pla estratègic que d'un Model pròpiament, i que caldria concretar una mica més alguns aspectes del Model.
- ➔ La segona aportació que ha generat consens se centra en la **formació**. Ambdós grups pensen que la formació de professionals és fonamental, però que ara per ara no s'està aconseguint que amb aquesta formació es redueixin els estereotips i els prejudicis pel que fa a l'abordatge de les violències masclistes. Tampoc es considera que el tipus de formació actual doti els i les professionals d'eines que els permeti anar més enllà dels coneixements. Proposen com a continguts clau incloure tot allò que té a veure amb aspectes jurídics, per tal d'estar en coneixement de quines són les accions que poden portar a terme i quins circuits es poden activar.
- ➔ La tercera aportació consensuada recull la preocupació per **com es farà aterrar la perspectiva interseccional en el Model i es demana una concreció més alta en aquesta línia**. Com a perspectiva bàsica a considerar, es destaca la importància d'incidir en la seva

implementació per tal que estigui incorporada en les diferents accions i es pugui aplicar de forma operativa i realista.



### **L'estructura del model i la seva concepció com a pla estratègic**

*"Estem d'acord que un Model com aquest és una política pública fonamental, però que potser no ho veiem tant com un Model sinó com, més aviat com una estratègia, és a dir, ens faltava una mica veure les... les potes no? Veure una mica aquesta estructura". (Grup 1)*

*"Més que un Model veiem un pla, no? L'altre grup s'ha referit a una estratègia, pues un pla estratègic o una estratègia per veure com es podia això aterrar a nivell de territoris. I per tant no veiem tant el Model sinó només això, i creiem que era important la incidència no? O com ... quina significació té el Model, no només a nivell d'aquest pla sinó després també a nivell de... polític no? de línies polítiques concretes que ajudarien en el tema de l'abordatge i l'atenció i la recuperació de les dones que estan patint aquesta situació de violència i no només les dones, sinó, també els homes que són els agressors". (Grup 2)*



Pel que fa a les aportacions del **grup 1**, més enllà de les consensuades, s'han fet diverses aportacions vinculades a aspectes que tenen a veure amb la definició teòrica de què parteix el Model, és a dir, pel que fa al seu **marc teòric i a la definició de violència masclista**. Amb relació al marc teòric, troben a faltar més especificació de com s'ha construït aquest model i de com es veuen reflectides les diferents perspectives en la posada en pràctica. A més consideren que caldria incidir de forma més clara, i com aspecte fonamental, en quina és la definició de violència masclista de la qual es parteix al Model.





### Necessitat d'especificar la definició de violència masclista

*"També hem parlat de la violència masclista en aquest marc teòric, de quina violència masclista estem parlant? Se centra molt en l'àmbit de la parella, no? Però seria fonamental també tenir en conte els àmbits i les diferents expressions".*

(Grup 1)



Altres aportacions del grup 1 recullen la necessitat d'incorporar alguns aspectes al Model i de concretar-ne d'altres. Per exemple, es comenta la necessitat de **definir en què consisteix o com es concreta al Model l'atenció a les filles i fills** de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista. En aquesta línia es proposa que **salut formi part de la comissions de violència masclista, per tal de millorar la coordinació i el treball en xarxa**.



### Millorar la coordinació amb salut

*"Coordinació real de la salut. Salut acostuma a ser un àmbit que potser queda una mica fora, no? dels circuits de coordinació, etc. i, per exemple, la companya [fa referència a la companya del grup pertanyent a una entitat] parlava que hauria de tenir un espai en la comissió de violències masclistes".*

(Grup 1)



També es proposa **incloure al Model el punt de vista dels agressors** ja que actualment en general està poc present en les diverses accions portades a terme envers la violència masclista. I, finalment, pel que fa a les aportacions d'aquest grup, es posa de manifest la necessitat de reflexionar sobre **com es podria abordar, des del Model, la situació de totes aquelles dones que es troben en irregularitat administrativa**, ja que poden rebre una atenció sanitària però no s'especifica quins serien els passos a seguir un cop detectades.

Ara per ara, sembla que aquestes situacions no estan contemplades a la proposta inicial del Model.



### Incorporar la figura dels agressors al model

*"Els agressors estan poc presents. Es parla de noves masculinitats, no? comentàvem... estan presents sobretot a la prevenció però dèiem això, no? com que el fet de no contemplar als agressors en tot això també és una herència que hi ha en violències masclistes que se centra exclusivament en les dones i que deixa una mica...bueno, una mica no! que deixa de banda als senyors, i en aquest sentit als agressors. Vull dir, seria com també un moment de posar això, no? [...] hi ha experiències en aquest sentit que es podrien com absorbir o almenys inspirar-se".*

(Grup 1)



Amb relació a les aportacions del **grup 2**, aquestes opinions giren entorn a qüestions vinculades a la **necessitat de concreció** d'alguns aspectes del Model i a la **importància d'involucrar altres agents** que són fonamentals per a un abordatge complet i eficaç de les violències masclistes.

Pel que fa les qüestions vinculades a les necessitats de concreció del Model, se n'assenyalen dues. La primera té a veure amb la importància d'especificar i concretar de què es parla quan es fa referència al **registre segur**. Els i les participants argumenten que aquest és un punt molt important que no s'ha acabat de concretar mai correctament i, per tant, proposen que es treballi més en profunditat al Model.



### Definició de registre segur

*"Sembla una cosa molt operativa però al darrera del registre seguir hi ha molt de treball a fer i realment per sí sol ja és un repte".*

(Grup 2)

*"Clar els que portem una mica de temps...s'ha parlat en moltes ocasions i en el Model anterior també, en el tema de registre i ha estat un tema que no s'ha resolt, portem anys, llavors, quin tipus d'estratègia es pensa fer servir? Què és el que diu el Model en quan a registre segur? I quin és el pla de realment un canvi real en el tema del registre? Perquè els professionals de la salut [...] no es registra perquè les conseqüències de registrar...no ho veiem clar". (Grup 2)*

”

La segona qüestió fa referència a la necessitat de concretar quina és la **tasca dels diferents agents de salut implicats al Model**. Aquesta tasca no queda del tot definida i cal especificar quin paper tenen (per exemple, atenció primària o urgències, entre d'altres), com han d'interaccionar entre si, què han de tenir en compte cadascun d'aquests agents... en definitiva, com han de posar en pràctica el Model i quines són les tasques de cadascú.

“

**Com es defineix el paper dels diferents àmbits i professionals**

*"Com encaixen els diferents àmbits, els diferents tipus de professionals que intervenen en tot lo que és aquest procés de situació i l'atenció que s'ha de prestar i aquí tampoc veiem clar com encaixava tot això". (Grup 2)*

*"Quin és el paper d'atenció primària, quin és el paper d'atenció hospitalària? Quin tipus de coordinació amb d'altres agents que no és només salut? Com fem aquest engranatge? [...] Quins altres perfils de professionals necessitem per tot l'abordatge de la violència masclista? Per exemple, és en aquest Model necessari també sobretot quan estem treballant amb dones migrades... un tema de mediació? No?". (Grup 2)*

”

Finalment, i pel que fa a la vinculació d'altres agents, els i les participants d'aquest grup manifesten la necessitat d'especificar quina és la **intervenció i vinculació de l'àmbit de justícia al Model**, ja que és fonamental que quedi delimitada i definida per tal de poder treballar de forma articulada.

“

**Intervenció de justícia al model**

*"El tema de justícia sempre és la pedra a la sabata. Tampoc veiem clar [...] quins canvis proposa el Model amb una actuació conjunta on justícia està, no? diríem més en la línia del Model o quines accions es pensen fer per a que això, aconseguir-ho. A nivell de salut no podem intervenir, o sigui, intervenim, però no podem intervenir quan justícia després fa coses que ens desmunta tota la feina que s'ha fet entre els diferents professionals que actuen". (Grup 2)*

”

#### 4.3. Resultats de la sessió amb les gerències de les regions sanitàries

Els resultats d'aquest apartat corresponen a les aportacions realitzades per les gerències de les regions sanitàries de Catalunya durant la sessió de socialització realitzada. En aquesta sessió s'ha treballat considerant la representació territorial, tot i que, finalment, i per qüestions alienes a la realització i convocatòria de la sessió, només van assistir-hi sis de les nou gerències (Girona, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Barcelona Metropolitana Nord, Barcelona Metropolitana Sud, Barcelona Ciutat).

En aquesta sessió, els i les participants, per quantitat (6 persones), han estat distribuïts en dos grups de treball per tal de portar a terme la dinàmica grupal. Les aportacions i reflexions que deriven d'aquesta sessió es presenten diferenciant, per tant, dos grups. Primer s'assenyalen les aportacions que

han generat un consens entre els grups, després es presenten les aportacions que ha realitzat cada grup i finalment s'exposen els comentaris que alguns i algunes de les participants han volgut afegir a títol individual.

**Les aportacions en les quals s'ha donat un consens** més elevat entre ambdós grups són dues: la primera té a veure amb una valoració general del model; la segona se centra principalment en la importància i la dificultat del registre de les dades i els casos.

Pel que fa a la **valoració del Model**, els dos grups el valoren molt positivament i com a element necessari. A més, es destaquen alguns aspectes concrets com a especialment positius, com ara l'amplitud del Model pel que fa als diferents àmbits de salut implicats i la presència d'altres agents com són les entitats de dones i/o expertes en violències masclistes. A la aportació següent, sobre el **registre de les dades i dels casos**, ambdós grups n'han assenyalat la importància com a element clau a abordar i concretar des del Model. Els i les participants argumenten que és un problema que s'arrossega des de fa temps i que caldria especificar de forma clara la possibilitat de tenir un registre comú per als diferents proveïdors que actualment no treballen amb el mateix registre informàtic. Per millorar en l'abordatge i la detecció dels casos de violència masclista, és necessari que aquesta informació sigui compartida per tots els proveïdors de salut.



#### Registre de casos compartit

*"Quan parlem de l'ECAP, no tots els proveïdors del nostre territori tenen ECAP i a altres territoris tampoc, per tant, és una eina que va darrera de que tothom tingui ECAP, si es fa a través de l'ECAP, o una aplicació que es faci servir amb una protecció jurídica d'alguna manera que... en la que puguem confiar obertament, no? puguem transmetre la informació entre tots els proveïdors de salut". (Grup 1)*

*"És un tema molt important, primer perquè moltes vegades la dona no vol que això quedi registrat. També els professionals sanitaris quan hi ha una agressió clara o una urgència a atendre doncs, més o menys, tothom té clar el circuit, l'obligació que comporta de declarar, de denunciar. Quan hi ha una sospita o quan la dona és reacia pues aquest, aquesta part grisa pues és complicat no? i el tema del registre és important". (Grup 2)*



Les diferents aportacions que s'han fet des de cadascun dels grups se centren principalment en qüestions que tenen a veure amb la implementació del Model.

Pel que fa a les aportacions del **grup 1**, a més de les consensuades, se'n poden identificar quatre més. La primera fa referència a la **mancança de perfils de professionals que solen acabar atenent els casos de violència masclista**, pel que fa a la quantitat de persones expertes i a la disponibilitat horària. Els i les participants d'aquest grup argumenten que la figura principal que acaba gestionant l'atenció dels casos de violència masclista és el/la treballadora social i que existeix una mancança de contractació de persones d'aquest perfil. Per tant, proposen valorar aquests aspectes, així com els horaris d'aquesta figura (per exemple, a les tardes a partir de determinades hores, a les nits o els caps de setmana), entre d'altres. La qüestió és que això dificulta el traspàs de la informació i l'atenció als casos en el moment que es produeixen. La segona aportació que posa de manifest aquest grup està relacionada amb la **perspectiva biopsicosocial que sosté el Model i la seva posada en pràctica**. Tal com implica aquesta perspectiva, més enllà dels aspectes biològics també s'han de considerar els psicològics i aquells que tenen a veure amb el propi entorn social. És per aquest motiu que proposen que aquest aspecte es vegi reflectit al Model en forma d'una intervenció o participació més definides d'altres agents que acaben sent fonamentals per a l'abordatge i l'atenció a la salut



dels casos de violència masclista. En definitiva, assenyalen la necessitat de treballar conjuntament, en xarxa i interconnectats, i de conèixer com es portarà a terme aquest treball en xarxa entre els diferents agents implicats.



### Aplicació pràctica de la perspectiva biopsicosocial al nou model

*"Tenim dificultats d'entendre que si el nostre model pot funcionar molt bé però que nosaltres estem integrats, bueno de fet el nostre model ja diu que és biopsicosocial, però no endogàmic, estem integrats en un entorn que tenim taules d'abordatge de violència masclista on estan moltes entitats de pes com justícia, com pot ser interior, com pot ser consells comarcals, ajuntaments, etc., etc. delegació de govern, etc., etc. amb els que hem d'introduir en el nou model i això no és fàcil, no sé com es podrà fer".*

(Grup 1)



La tercera aportació per part del grup 1 se centra en la necessitat d'anar una mica més enllà per tal d'entendre **d'on ve la infradetecció dels casos**. Els i les participants manifesten que no és una qüestió només de formació per als professionals de la salut i que també s'han de tenir en compte els recursos disponibles a cada àmbit d'actuació i els efectes de la detecció per part de Salut.



### Recursos i infradetecció de casos

*"Els nostres professionals en teoria, dic en teoria, ha de ser a la pràctica, ja estan formats, ja estan sensibilitzats, ho viuen cada dia. Sí però no declaren, hi ha una infradetecció! Sí, però es que no saben d'on treure's! Tu li dius a un metge que ha de declarar una sospita i el metge et diu: escolta! Jo és que d'aquí a 3 minuts la mando cap a casa amb el maltractador! [...] Això ve al cas de que aquest any per exemple el Pacte d'Estat, els fons del Pacte d'Estat es van donar*

*per departaments. Sí tenim consciència de treballar conjuntament, aquests diners podien haver anat adreçats, de tots els departaments, a crear recursos alternatius per a que quan facis una detecció no posis en risc greu a la persona que detectes, sinó que tingui ella i els seus fills una sortida, no?".* (Grup 1)



Finalment, la quarta aportació del grup 1 recull la proposta de treballar més en el Model tot allò que té a veure amb **la no victimització**. Els i les participants assenyalen que ja hi ha experiències en aquesta línia amb infants i joves i que s'haurien de valorar aquestes experiències per a les dones.



### Treballar en la línia de la no victimització dels casos

*"Havíem parlat de la no victimització en els abusos infantils però, donat que és un tema amb un abordatge múltiple, és multifactorial, pues possiblement s'hauria de pensar en alguna cosa territorial on es poguessin rebre a totes aquestes persones que es detecten i que poguéssim treballar conjuntament. Allí va tot tipus de professionals, van professionals de la salut, bueno de salut...de salut mental, evidentment, de l'ASSIR, van ginecòlegs, traumatòlegs, a més a més van els Mossos d'Esquadra, a més a més van els forenses, o sigui allí intervé tothom. Hi ha unes característiques per aquestes estructures, per exemple, poder gravar, una sala on es pugui gravar tot per a que així no s'hagi de repetir constantment, sinó que tothom que necessiti veure això ho pugui veure en la primera declaració".* (Grup 1)



Pel que fa a les aportacions del **grup 2**, en la seva majoria també tenen a veure amb qüestions vinculades a la pròpia implementació del Model. Les aportacions d'aquest grup són cinc. La primera posa l'èmfasi en la **formació**. Els i les participants

d'aquest grup argumenten que més enllà de la formació a professionals sanitaris, cal incidir en fer formació i sensibilitzar la població general, que d'aquesta manera es pot treballar la prevenció i el focus estructural de la violència masclista.



#### Formació a la població general per fomentar la prevenció

*"Hem assumit uns nivells de microagressions que hem normalitzat i que no, com a persona, com a societat no som sensibles encara a això, que és el que deu haver canviat des del 2009, però la formació i la prevenció ha d'anar per aquí". (Grup 2)*



La segona qüestió recull la necessitat d'**incorporar la figura de l'agressor al Model**. Consideren que al Model es fa molta incidència en l'atenció i la recuperació de la dona, però que l'atenció a l'agressor o les accions a realitzar en aquesta línia no s'especifiquen ni esmenten. La proposta és incorporar, també, aquesta figura per a assolir un Model més complet en l'abordatge de la violència masclista i en l'atenció a la salut de les dones. La tercera aportació, també en la línia d'incorporacions necessàries al Model, fa referència a **obrir la mirada a parelles del mateix sexe**, en les quals també es produeix violència masclista i que ha de poder contemplar-se en les accions del Model des d'una perspectiva interseccional.



#### Incorporar la violència en parelles del mateix sexe al model

*"Relacions entre parelles del mateix sexe, que també hi ha violència dins de la parella i que bueno, està molt enfocat, tal i com hem parlat, home agressor i dona agredida i fills, però que dir que en volum potser són menys però no és menyspreable i també han de poder rebre una atenció". (Grup 2)*



La quarta aportació d'aquest segon grup vol posar de manifest la **situació actual pel que fa als proveïdors sanitaris**, per tal de considerar la viabilitat d'aspectes que es contemplen en el marc del Model, com és l'habilitació d'espais que proporcionin intimitats i estiguin adequats a l'atenció dels casos de violències masclistes. Els i les participants d'aquest grup assenyalen que es dona una saturació a l'atenció primària; és a dir, actualment, la situació estructural comporta determinades dificultats per generar canvis d'espais. En aquesta línia proposen concretar una mica més aquesta qüestió contemplada com a una de les accions del Model. Finalment, la cinquena aportació vol posar de manifest la incorporació de l'atenció **de la violència masclista des de salut mental** pel que fa a la seva implementació, la qual no queda gaire definida al Model; a l'actualitat, tot i que hi ha accions definides, hi ha problemes per trobar els professionals a contractar.

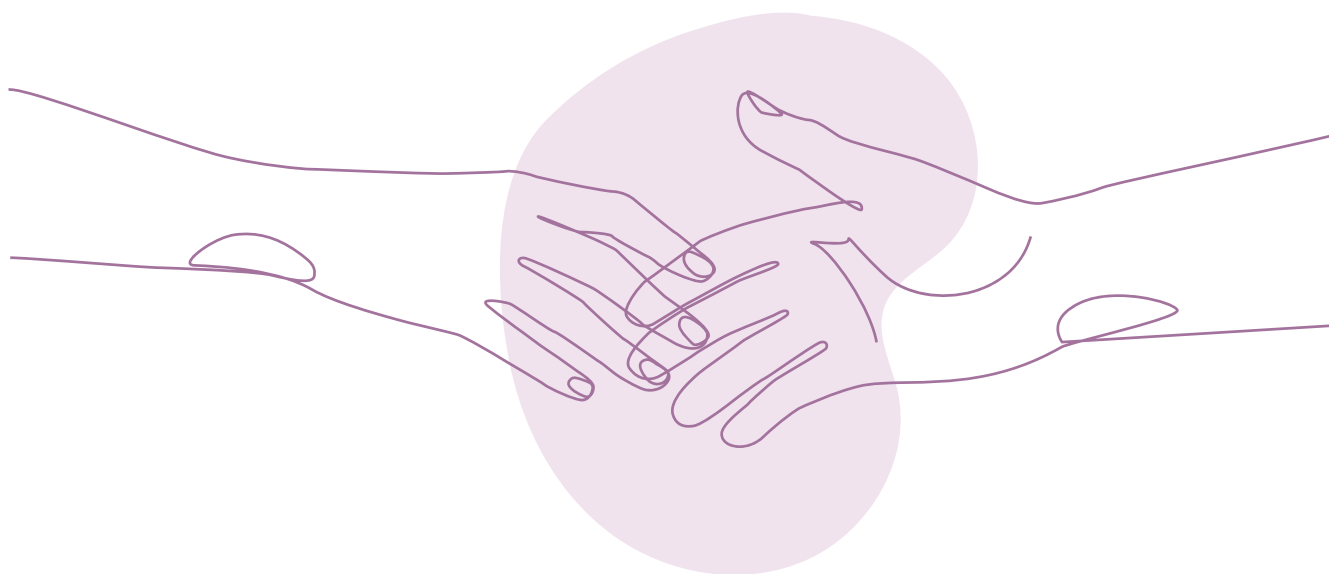


#### L'atenció des de salut mental

*"Les noves accions que es van fer a salut mental des de fa 2 o 3 anys i, però tenim problemes per contractar, per trobar professionals. O sigui que l'abordatge de salut mental també ens semblava important. També l'accessibilitat al CSMIJ, no tots els nens, que es trobin en aquesta situació potser hauran de tenir una atenció al CSMIJ, però sí que de vegades l'atenció al CSMIJ es demora i clar quan engegues una acció has de poder donar continuïtat i poder assegurar l'atenció". (Grup 2)*



Pel que fa a les aportacions consensuades i a les aportacions de cada grup, aquestes opinions han estat recollides de la forma més exhaustiva possible. Tot i així, al final de la sessió s'han incorporat altres aportacions o consideracions per al Model a títol individual. Aquestes aportacions són les següents: (1) la importància que la **formació ha d'anar en la línia de la població general, de la societat i dels homes** com a qüestió bàsica i de rellevant importància; (2) **la denúncia en la detecció dels casos de violència masclista**, especificar la seva aplicació, així com en els casos de maltractament infantil i; (3) treballar pel **solapament entre maltractament en la dona gran i la violència masclista**; per evitar una mala praxis s'han de poder treballar els criteris que permeten diferenciar quan es tracta de violència cap a la dona gran i quan es tracta de violències masclistes.



## Resum de els principals aportacions

A continuació es presenta un quadre resum on consten aquells temes i aportacions que han generat un consens més elevat i que han estat més desenvolupats pels i les participants a les diferents sessions realitzades.

La finalitat d'aquest quadre és presentar, a mode de resum, els diferents aspectes que són més rellevants, incloent-hi els 3 perfils participants.

### **Figura 3.** Quadre resum de les principals aportacions

A mode de resum, es presenten els principals resultats de les sessions de treball:

- 1 Fomentar el treball en xarxa, la coordinació i la implicació dels diferents serveis sanitaris, agents del territori i àmbits o departaments.
- 2 Incidir en els continguts de la formació en violències masclistes per als i les professionals de la salut.
- 3 Incorporar la figura de l'agressor al Model.
- 4 Enfortir la perspectiva interseccional al Model i orientar cap a la seva aplicació pràctica.
- 5 Potenciar el treball des de la perspectiva biopsicosocial i concretar la seva implementació.
- 6 Concretar la proposta per al registre de les dades i dels casos de violència masclista (comú per a tots els proveïdors, segur, etc.).

Font: Elaboració pròpia.

## Col·laboradores i col·laboradors

---

Agraïm molt sincerament les aportacions de totes les persones que han participat en la socialització del Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles, a Catalunya: al col·lectiu de professionals de la salut en medicina, pediatria, infermeria, psiquiatria, psicologia, obstetrícia, ginecologia, treball social i educació social dins

dels àmbits sanitaris de l'atenció primària, hospitals, ASSIR, CAS, CSMA, SEM i CSMIJ. A les societats científiques, a expertes i experts en salut i violència masclista, als referents sanitaris territorials i a totes les entitats de dones del territori que en el dia a dia acompanyen a dones, infants i adolescents en el seu procés de recuperació i també a les gerències territorials de CatSalut.

### Llista de les persones participants

---

Agustín Pardo Casado	Eva Fernández	Montse Bonet
Ana Ballesteros	Eva Martínez García	Montse Iglesias
Anna Fabregas	Fanny Galeano	Montse Pineda
Anna Isabel Sánchez Larroja	Fàtima Vela Dies	Neus Font Gómez
Anna Porta	Gemma Illa	Patricia Ricart
Belen Escalada	Gloria Ruiz	Pilar Babi
Belen Perez Jimenez	Graciela Pereira	Pilar Romera Lorenzo
Carme Arasa	Heinrich Geldschläger	Rosa López Cervelló
Carme Sánchez Martín	Isabel Sadurní Sabaté	Rosario Pérez Sanz
Carme Valls	Joan Carles Mateu	Roser Durano
Carolina Bollo	Laura Giménez Jordan	Roser Martinez Mendez
Cinta Monclús	Laura Olivart Mor	Sabrina Cuevas
Conchita Peña	Lola Aguilar Redorta	Sara Ferrando
Cristina Gallardo Sánchez	Lourdes Magrí Canal	Susana Duran Quilez
Cristina Martinez Bueno	M. Carme de Castro Vila	Teresa Echeverria Vallejo
Cristina Subias	M. Jesús Ribes Farré	Teresa Mur Martí
Daniela Mansilla Faleroni	Maite Cantero	Victòria Mir Labalsa
Elena Bienvenido Saura	Mar Lleixà	Xavier Duran Carvajal
Elisabet Márquez Nicuesa	Margarita Bou	Xavier Sintès
Eloisa Vioque	Maria Salut Martínez	Yolanada Canet Estévez
Ester Carrasco Cavia	Marta Olivé	Yolanda Martínez Ortega
Eunice Blanco	Meritxell Puig	

## Llista de entitats participants

---

Abrera Contra la Violència de Gènere  
Àmbit Dona - Fundació Àmbit Prevenció  
Associació Antisida (punts lila, treballadores sexuals, tallers, difusió...)  
Associació Atzavara-Arrels  
Associació Colors de Ponent. Col·lectiu LGTBIQ de Lleida  
Associació Conexus, Atenció, Formació i Investigació Psicosocials  
Associació d'Assistència a Dones Agredides Sexualment  
Associació de Dones Blanca Almendro  
Associació de Dones de la Vallalta  
Associació de dones del Pallars Sobirà. La Garriga Desperta  
Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears  
Associació en Defensa dels Drets de les Dones en Situació d'Exclusió i  
Marginació Social (Genera)  
Associació Esfera  
Associació LIKA (Llibertat, Igualtat i Koeducació en Acció)  
Associació per Igualtat a Fraga  
Associació Som Dones de Taradell  
Associació Valentes i Acompanyades  
Comissió de l'Horta de la Federació d'Associacions de Veïns de Lleida  
Comunitat Terapèutica Arenys De Munt Centro Privado  
Creación Positiva, ONG feminista  
Dhides, Dones i Homes per la Igualtat i el Desenvolupament  
Hèlia, Associació de suport a les dones que pateixen violència de gènere  
l'Observatori d'Igualtat de Tracte i Oportunitats  
Sitges Social LGTBI

## Annex I: Principals resultats de l'enquesta de satisfacció

La rellevància de **l'enquesta de satisfacció** sobre les sessions de socialització realitzades resideix en la seva importància i contribució al procés de millora per a l'execució d'aquest tipus de sessions. L'enquesta també ha permès proporcionar un espai als diferents participants per manifestar les seves aportacions pel que fa a qüestions més logístiques i organitzatives. Aquesta informació obtinguda és de vital importància, principalment quan es treballa amb diferents perfils que presenten dinàmiques, experiències i, fins i tot, horaris i disponibilitats diferents. Les dades permeten millorar i facilitar la participació de tots els agents, segons les opinions i necessitats de cada un d'ells.

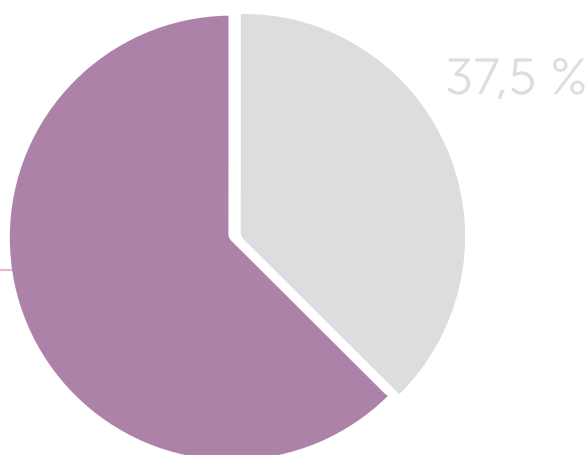
L'enquesta va ser distribuïda després de la realització de cada sessió. El temps destinat per emplenar l'enquesta va ser de menys d'un minut. Les dades recollides s'han treballat de forma agregada i anonimitzada.

Del total de 88 persones que van participar en les sessions de socialització, 55 participants van respondre l'enquesta, fet que implica una taxa de resposta del 62,5 %.



**55**  
participants van  
respondre l'enquesta

Resposta  
**62,5 %**



L'enquesta està formada per 5 preguntes tancades i 1 pregunta oberta. Pel que fa als resultats principals de les 5 preguntes tancades, cal destacar que en general, la valoració sobre l'organització de la sessió ha estat bastant satisfactòria. Els i les participants s'han manifestat molt d'acord (valor de resposta 4 en l'escala de valoració proposada) en les qüestions següents:

La informació facilitada prèviament a la sessió ha estat suficient per poder treballar  
**(52,7 %)**

La durada de la sessió ha estat adequada  
**(54,5 %)**

Els continguts s'han exposat de forma clara  
**(70,91 %)**

La dinàmica grupal realitzada ha donat resposta a les seves reflexions i valoracions  
**(47,3 %)**

En general, les seves expectatives s'han complert  
**(47,3 %)**

Pel que fa a la pregunta 6 de l'enquesta, de caràcter obert, s'han recollit els comentaris que cada participant ha considerat oportú realitzar. Per tant, les qüestions més rellevants i consensuades a tenir present són les següents:

El temps destinat a la dinàmica grupal ha semblat molt breu per poder intercanviar les diferents idees i aportacions entre els diferents grups de treballs creats a cada sessió.

Es proposa fer sessions d'aquest tipus de forma més freqüent i continuada per tal de compartir el procés sobre l'evolució del model i compartir els resultats. D'aquesta manera es facilitaria la reflexió més elaborada i pensada amb més temps i informació disponible.





Generem coneixement  
per a la presa de  
decisions